Załącznik nr 1   
do Zarządzenia Nr ..…/22

Prezydenta Miasta Łomży   
 z dnia ………..…… 2022 r.

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOWOZU DZIECKA/UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

…………………….……...................................... Łomża, dnia ……….…………….……

*(Imię i nazwisko Opiekuna****\*****)*

……………………………………………….................  
(*Adres zamieszkania Opiekuna)*

Nr dowodu tożsamości …………………….…………

Nr telefonu …………….............................................

Adres poczty elektronicznej .....................................

**Prezydent Miasta Łomża**

**Wnioskuję o zawarcie umowy o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka\*\* samochodem/środkami komunikacji zbiorowej\*\***

1. Nazwisko i imię dziecka/ucznia:

2. Data urodzenia dziecka/ucznia:

1. Adres zamieszkania dziecka/ucznia:

4. Nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka\*\*, do którego uczęszcza dziecko/uczeń:   
 ……………………………………………………………………………………………………………..….

…………………………………………………………………………………………………………….…  
5. Dziecko uczęszcza/będzie uczęszczać do klasy ………... w roku szkolnym …………………..……,  
 Korzysta z internatu TAK / NIE \*\*   
6. Okres dowożenia do przedszkola/szkoły/ośrodka\*\* w roku szkolnym:  
 od ………… …………………………………. do ………………………………………….

*(data rozpoczęcia dowozu) (data zakończenia dowozu)*7. Dowóz samochodem pozostającym w dyspozycji Opiekuna

Dowóz powierzony innemu podmiotowi

*(zaznaczyć właściwy kwadrat)*

8. Dane pojazdu, którym dziecko/uczeń będzie dowożone/y:   
 marka, model……………….………………………………..……, nr rejestracyjny……………………,   
 pojemność skokowa silnika …………………. cm3.   
9. Wskazuję jeden z poniższych wariantów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do   
 przedszkola/szkoły/ośrodka\*\* *(zwanego dalej placówką oświatową)*:

**Wariant 1 (miejsce zamieszkania – placówka oświatowa)** Przewóz na trasie z miejsca zamieszkania dziecka/ucznia do placówki oświatowej  
 1. Miejsce zamieszkania (adres) …………………………………………………………………………  
 2. Placówka oświatowa (adres) ………………………………………………………………………….. **Wariant 2 (miejsce zamieszkania – placówka oświatowa – miejsce pracy)** Przewóz na trasie z miejsca zamieszkania dziecka/ucznia do placówki oświatowej z uwzględnieniem   
 miejsca pracy opiekuna/innego podmiotu.   
 1. Miejsce zamieszkania (adres) ……………………………………………………………………….…  
 2. Placówka oświatowa (adres) ……………………………………………………………………………  
 3. Miejsce pracy (określenie pracodawcy i jego adresu) …………………………………………………

10. Zapewniam dowóz środkami publicznego transportu zbiorowego (wymienić jakim/i):

…………..…………………………………. do miejscowości …………………………................

11. Numer rachunku bankowego do przekazania zwrotu kosztów dowozu:

……………………………………………………………………………………………….

***\**** *Opiekun oznacza rodzica, opiekuna prawnego lub osobę/podmiot sprawującą/y pieczę zastępczą*

***\*\****  *skreślić niepotrzebne*

12. Załączniki do wniosku\*\*\*:

Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka/ucznia,

Aktualne orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub potrzebie zajęć rewalidacyjno-   
 wychowawczych wydane przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną,

Zaświadczenie o realizowaniu nauki przez dziecko/ucznia w przedszkolu/szkole/ośrodku,   
 wydane przez dyrektora lub osobę upoważnioną,

Kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu, którym będzie realizowany dowóz,

Upoważnienie właściciela samochodu do użytkowania pojazdu w przypadku, gdy wnioskodawca   
 użytkuje samochód, który nie jest jego własnością,

Zgoda współwłaściciela do użytkowania samochodu w przypadku, gdy wnioskodawca nie jest   
 jedynym właścicielem pojazdu,  
 Kserokopia uprawnienia do kierowania pojazdem,  
 Oświadczenie podmiotu, że dowozi dziecko do placówki i sprawuje opiekę w czasie jazdy   
 (w przypadku powierzenia transportu i opieki innemu podmiotowi).  
 Inne dokumenty:

..................................................................................................................................................................  
\*\*\*- zaznacz znakiem "X" dołączone załączniki   
  
**Oświadczenie wnioskodawcy**

1. Oświadczam pod odpowiedzialnością karną, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem   
 faktycznym, a załączone do wniosku dokumenty są zgodne z oryginałem,

2. Przyjmuję do wiadomości, że podane we wniosku oraz załącznikach do wniosku informacje mogą być   
 kontrolowane w celu weryfikacji uprawienia do zwrotu kosztów dowozu.  
 3. Przyjmuję do wiadomości, ze liczba kilometrów dla wybranej trasy przewozu dziecka/ucznia   
 niepełnosprawnego zostanie przeliczona na podstawie danych ze strony internetowej Mapy Google   
 i będzie to trasa najkrótsza przeliczona na podstawie podanych adresów z jednego wskazanego spośród   
 2 wariantów.

…………………………………………………………  
 *(czytelny podpis Opiekuna)*

***KLAUZULA INFORMACYJNA***

**Urząd Miejski w Łomży** spełniając obowiązek informacyjny towarzyszący zbieraniu danych osobowych - art. 13 [Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - ogólne rozporządzenie o ochronie danych](https://www.poradyodo.pl/europejskie/rozporzadzenie-parlamentu-europejskiego-i-rady-ue-2016679-z-dnia-27-kwietnia-2016-r.-w-sprawie-ochrony-osob-fizycznych-w-zwiazku-z-przetwarzaniem-danych-osobowych-i-w-sprawie-swobodnego-przeplywu-takich-danych-oraz-uchylenia-dyrektywy-9546we-ogolne-rozporzadzenie-o-ochronie-danych-dz.urz.ue-l-1191-7466.html), informuje że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych Pani/Pana\* córki/syna\* jest **Urząd Miejski w Łomży** z siedzibą w **Pl. Stary Rynek 14, 18-400 Łomża, e-mail:** [prezydent@um.lomza.pl](mailto:prezydent@um.lomza.pl), reprezentowany przez **Prezydenta Miasta Łomża.**
2. Administrator wyznaczył **Inspektora Ochrony Danych** **(IOD),** z którym skontaktować się można poprzez e-mail: [a.kondraciuk@um.lomza.pl](mailto:a.kondraciuk@um.lomza.pl) lub numer telefonu 86 215 67 33, w sprawach dotyczących przetwarzania Pana/Pani\* danych osobowych lub państwa dziecka.
3. Pani/Pana\* dane osobowe oraz dane osobowe Pani/Pana\* córki/syna\* przetwarzane będą w celach wynikających z obowiązujących przepisów prawa, a związanych z zapewnieniem zwrotu kosztów przewozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka, na podstawie art. 32 ust. 6, art. 39 ust. 4 i art. 39 a ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.
4. Administrator danych nie planuje przekazywać danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy, organizacji międzynarodowej, lub do państwa trzeciego.
5. Pani/Pana\* dane osobowe oraz dane osobowe Pani/Pana\* córki/syna\* będą przechowywane przez okres realizacji zadania oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji związanej ze świadczeniem tego rodzaju, zgodnie z odrębnymi przepisami.
6. Posiada Pani/Pan\* prawo dostępu do treści swoich danych oraz danych osobowych Pani/Pana\* córki/syna\*, prawo do ich sprostowania, poprawienia, usunięcia, ograniczenia przetwarzania i ich przenoszenia.
7. Ma Pani/Pan\* prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.
8. Przysługuje Pani/Panu\* prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan\*, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana\* narusza przepisy powyższego Rozporządzenia;
9. Podanie przez Panią/Pana\* danych osobowych oraz danych osobowych Pani/Pana\* córki/syna\* jest wymogiem ustawowym, niepodanie ich skutkować będzie brakiem możliwości realizacji przyznania zwrotu kosztów przewozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka. W zakresie danych osobowych, które mogą być przetwarzane na podstawie Pani/Pana\* zgody, ich podanie jest dobrowolne.
10. Pani/Pana\* dane osobowe oraz dane osobowe Pani/Pana\* córki/syna\* nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
11. Pani/Pana\* dane osobowe oraz dane osobowe Pani/Pana\* córki/syna\* na podstawie przepisów prawa mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym lub uprawnionym organom.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem\* się z wyżej wymienioną klauzulą informacyjna i zgodnie Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w składanym wniosku w celu realizacji zadania pkt 3 wyżej wymienionej klauzuli, przez **Urząd Miejski w Łomży** z siedzibą w **Pl. Stary Rynek 14, 18-400 Łomży**

.......................................................................  
*(data i czytelny podpis składającego wniosek)*

Załącznik do Wniosku o zwrot kosztów   
 dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego

Łomża, dnia ……………………..….

…………………………….………..…………

(Imię i nazwisko właściciela pojazdu)

**Upoważnienie właściciela samochodu**

do użytkowania pojazdu przez Opiekuna\*

Upoważniam Opiekuna …………………………………………………………………………………...   
 *(imię i nazwisko Opiekuna)*   
do użytkowania samochodu …………………..………………………………. ………………………….,

*(marka, model)*

o nr rejestracyjnym ………………………………...., którego jestem właścicielem, celem   
  
zapewnienia przewozu dziecka niepełnosprawnego ………………………………………………. …

*(imię i nazwisko dziecka/ucznia)*

do ………………………………………………………………………………………………………………...  
 *(nazwa i adres placówki oświatowej)*

w roku szkolnym ………………………………

…………………...………………...……..

*(podpis właściciela samochodu)*

***\**** *Opiekun oznacza rodzica, opiekuna prawnego lub osobę/podmiot sprawującą/y pieczę zastępczą*

Załącznik do Wniosku o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego

Łomża, dnia ……………………..….

…………………………….………..…………

(Imię i nazwisko współwłaściciela pojazdu)

**Zgoda na użytkowanie pojazdu**

Oświadczam, że jestem współwłaścicielem pojazdu ……………..……………………………

*(marka, model, nr rej.)*i wyrażam zgodę na udostępnienie ww. pojazdu Pani/u ………………………………..……..

*(imię i nazwisko Opiekuna)*

Opiekunowi dziecka niepełnosprawnego …………………………………………………..…...

*(imię i nazwisko dziecka)*

celem zapewnienia mu przewozu do ……………………………………...……………………..   
 *(nazwa i adres placówki)*

w roku szkolnym………………………..

………………...………………...……..

*(podpis właściciela pojazdu )*

**\****Opiekun oznacza rodzica, opiekuna prawnego lub osobę/podmiot sprawującą/y pieczę zastępczą*

Załącznik do Wniosku o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego

Łomża, dnia ……………………..….

……………….…………………….………..…………

*(Dane podmiotu, któremu powierzono transport i opiekę)*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że na prośbę Pani/Pana ………………………………………………… - Opiekuna   
 *(imię i nazwisko Opiekuna)*

dziecka niepełnosprawnego ……………………………………………………………………………….   
 *(imię i nazwisko dziecka/ucznia)*

zobowiązuję się w roku szkolnym …………………………….. dowozić i sprawować opiekę nad

ww. dzieckiem/uczniem w czasie przewozu do ………………………………………………………....

*(nazwa i adres placówki oświatowej)*

…………………...………………...……..

*(podpis osoby reprezentującej podmiot )*

***\**** *Opiekun oznacza rodzica, opiekuna prawnego lub osobę/podmiot sprawującą/y pieczę zastępczą*